



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES
DURANTE LA PRIMERA INFANCIA Y SU
TRATAMIENTO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

LUISA FERNANDA DAVALOS PALACIOS

TUTORA: Mtra. GLADYS GUADALUPE TOLEDO HIRAY



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mis padres Martha Leticia Palacios Álvarez y José Luis Davalos Vázquez por el apoyo incondicional durante toda mi vida y mi carrera, por brindarme sus palabras de aliento cada vez que lo necesitaba, por cada uno de sus sacrificios para que nada me faltara, son mi pilar en la vida, los amo.

A mi prima Elisa Adriana Castañeda Palacios que en esos malos días me daba ánimos de seguir y fue de las primeras personas que creyeron en mí.

A mi sobrina Minerva Rivera por ser un motivo más por el cual trabajar por mis metas.

A mis amigas Sara Arredondo, Brenda Flores y Elisa Navarro por su amistad y apoyo durante toda esta etapa importante y nada fácil de nuestra vida.

A mi tía Sara Palacios que con sus logros a base de trabajo y esfuerzo me hace admirarla y me inspira a seguir adelante con esa tenacidad y constancia en la búsqueda por alcanzar las metas trazadas.

Y además a mi tutora Gladys Toledo, por su sapiencia y paciencia en este proceso de investigación el cual me clarificó y enriqueció con su conocimiento.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
✚ CAPÍTULO I. INFANCIA	5
1.1 Primera infancia.....	5
1.2 Sistema craneofacial.....	7
1.2.1 Bóveda del cráneo.....	7
1.2.2 Base del cráneo.....	8
1.2.3 Complejo nasomaxilar.....	8
1.2.4 Mandíbula.....	9
1.3 Sistema muscular facial.....	12
1.4 Sistema dentario.....	15
1.4.1 Arcos dentarios.....	15
1.4.2 Dentición primaria.....	16
1.4.3 Oclusión.....	17
1.4.4 Dentición mixta.....	21
✚ CAPÍTULO II. HÁBITOS BUCALES	23
2.1 Hábitos fisiológicos.....	23
2.2 Hábitos no fisiológicos y su tratamiento.....	24
2.2.1 Succión digital.....	25
2.2.2 Deglución atípica.....	30
2.2.3 Respiración bucal.....	35
2.2.4 Bruxismo.....	39
2.2.5 Succión de labios.....	41
2.2.6 Onicofagia y morder objetos.....	42
CONCLUSIÓN	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46



INTRODUCCIÓN

Los malos hábitos bucales son acciones que dependiendo del momento, frecuencia, tiempo e intensidad pueden provocar una alteración en la oclusión (maloclusión) y en las estructuras del complejo craneofacial, entorpeciendo su desarrollo normal; dando entrada a la aparición de múltiples enfermedades y así formar una cadena de problemas por resolver.

Frecuentemente se pasa por alto cuando alguna característica o acción se sale de lo normal y llega a modificar el crecimiento.

La infancia es una etapa determinante para el desarrollo físico, emocional y social de los niños.

El principal objetivo del Odontólogo es prevenir y parar a tiempo cualquier mal hábito para evitar que evolucione a un problema grave y el tratamiento sea más complejo y costoso; para ello se requiere el apoyo de los padres durante este proceso.



CAPÍTULO I. INFANCIA

1.1 Primera infancia.

Al hablar sobre la infancia de los niños nos referimos a las distintas etapas en las que se marcan el ritmo del desarrollo de cada niño según sus características físicas, psicológicas y sociales.

La infancia es un periodo en el que el niño va a adquirir sus capacidades para convivir con el ambiente.

El niño, en relación con la edad y su proceso biológico, se clasifica en:

- Recién nacido o neonato: menor de 28 días.
- Lactante menor o infante: 29 días a 11 meses + 29 días.
- Lactante mayor: 1 año a un año 23 meses + 29 días.
- Preescolar: 2 a 5 años ⁽¹⁾

En cada una de ellas es indispensable que los padres sean guiados correctamente para el pleno desarrollo de los niños.

La capacidad de los seres humanos para aprender durante la primera infancia (0 a 5 años) es mucho mayor, y su conjunto de habilidades básicas es mucho más maleable que en los años posteriores. El cerebro humano al nacer tiene una infinidad de células que deben interconectarse para funcionar de manera apropiada.⁽²⁾

La etapa neonatal se comprende del nacimiento a los 28 días en donde todo el exterior es nuevo para él (Fig. 1).



Fig. 1 Colocación habitual de la lengua en un bebé. ⁽³⁾

El desarrollo postnatal continúa a gran velocidad, con un aumento de peso y talla, aunque el ritmo disminuye paulatinamente y depende de varios factores (Parto prematuro, trastorno crónico y estado nutricional).⁽³⁾

Las funciones bucales neonatales son las que están presentes desde el nacimiento y son vitales para la sobrevivencia del bebé. Son la succión, respiración y la deglución, dan crecimiento y desarrollo de la boca y la faringe.
(4)

La Norma Oficial Mexicana “Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente” divide al lactante en 2 categorías:

- a. Lactante menor o infante: 29 días a 11 meses + 29 días.
- b. Lactante mayor: 1 año a 1 año 23 meses + 29 días. ⁽²⁾

El alimento es tomado mediante la acción de mamar, reflejo automático no aprendido; en ningún momento se utilizan más músculos que en este momento (Fig. 2).

Las ventajas nutritivas, inmunitarias y psicológicas de la lactancia materna exclusiva son reconocidas e ideales para el crecimiento, desarrollo y maduración del bebé.

El amamantamiento es una función fisiológica coordinada neurológicamente donde se envían estímulos nerviosos hacia la lengua, labios, músculos y articulaciones temporomandibulares, dándose el inicio del crecimiento y desarrollo de la mandíbula. ⁽⁵⁾



Fig. 2 Bebé lactante. ⁽⁶⁾



Gracias a las estrategias mundiales por la Organización Mundial de la Salud, a partir de la Cumbre Mundial a favor de la infancia, en Cuba se dio mayor promoción a la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.

El lactante aprende rápidamente a usar sus labios para evitar que el alimento salga de su boca durante la acción peristáltica de la lengua y los carrillos para desplazar el bolo hacia atrás para la deglución.

El periodo en el cual el patrón cambia a deglución adulta se presenta gradualmente y se denomina periodo de transición. ⁽⁷⁾

Entre los 2 y 5 años hay un crecimiento rápido. En esta etapa hay un mayor riesgo de que se sufra deficiencias nutricionales, infecciones y otras enfermedades.

1.2 Sistema craneofacial.

Al nacer y hasta la madurez, los huesos van creciendo y desarrollándose progresivamente llevándolos a su conformación adulta. No existe una edad exacta en la que los niños detienen su crecimiento, si no cuando los huesos han llegado a su maduración ósea, el crecimiento para. ⁽⁸⁾

Se ha demostrado que las niñas alcanzan la maduración esquelética 2 años antes que los niños, es decir, alcanzan la madurez física (detención del crecimiento) 2 años antes y prosigue hasta los 21 años. ⁽⁸⁾

1.2.1 Bóveda del cráneo.

La bóveda craneal está formada por huesos planos formados por hueso intramembranoso. La remodelación y crecimiento se realiza principalmente en las suturas craneales, estas son zonas de contacto recubiertas por periostio. Al mismo tiempo se realiza una remodelación ósea al interior y exterior de los

huesos planos, permitiendo ir modificando el tamaño y forma durante el crecimiento. ⁽³⁾

El crecimiento del cráneo está relacionado al crecimiento del cerebro, en cambio el crecimiento de los huesos de la cara y masticatorios casi independiente del cráneo. Al nacer, el cráneo está constituido aproximadamente por 45 elementos óseos, separados por tejido conectivo o cartílago⁽⁷⁾ (Fig. 3).

1.2.2 Base del cráneo.

Al término del quinto año, más del 90% de la bóveda craneal está finalizada.⁽⁷⁾ Los huesos de la base del cráneo están formados principalmente por cartílago, donde después se osifican por osificación endocondral. ⁽⁶⁾

Su crecimiento se da hacia abajo y no depende totalmente del cerebro.

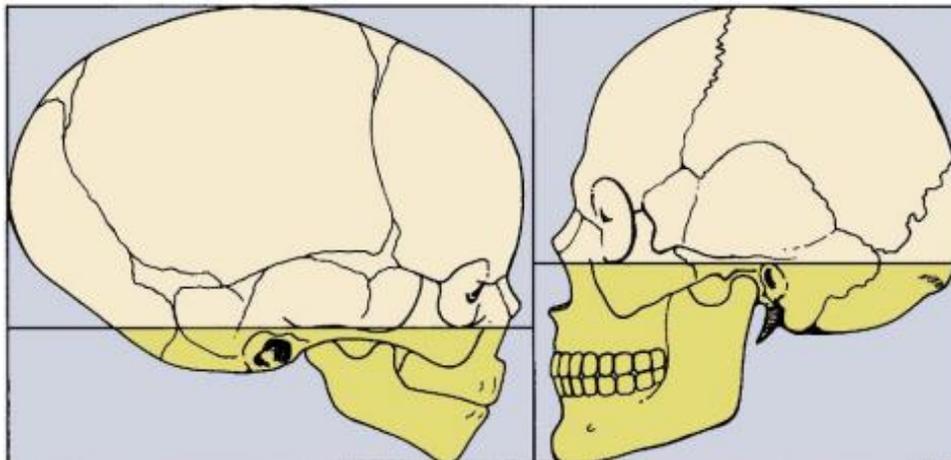


Fig. 3 Cambios producidos durante la vida posnatal. ⁽³⁾

1.2.3 Complejo Nasomaxilar.

El maxilar se desarrolla completamente tras el nacimiento por medio de osificación intramembranosa.

El crecimiento se da por 2 formar:

1. Aposición ósea en las suturas que la unen al cráneo y su base.
2. Por remodelación superficial (Fig.4).

El maxilar crece hacia abajo y hacia adelante, esto como respuesta al crecimiento de la base del cráneo y por la osificación en las suturas (Fig.5).

Hay que resaltar que conforme se da este crecimiento hacia afuera se produce una remodelación en sentido anteroinferior y una reabsorción de hueso en la parte anterior.

Otro factor principal de crecimiento es la aposición de hueso alveolar en el reborde alveolar al desarrollo de los órganos dentarios y a la erupción de los dientes. (4)

En diversas zonas del cráneo se dará este efecto de remodelación y reabsorción para compensar el crecimiento.(3)

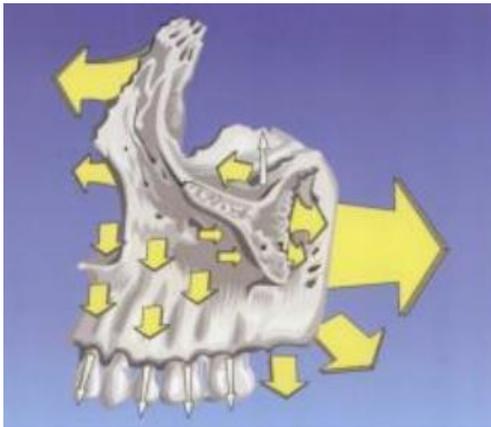


Fig.4 Movimiento regionales. (9)

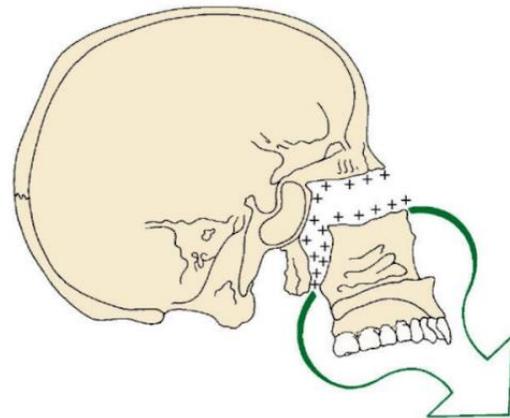


Fig. 5 Crecimiento maxilar (3)

1.2.4 Mandíbula.

Moss describió que existe una relación entre el crecimiento bucofacial y el crecimiento gradual con la utilización de los músculos de la masticación. Al nacer, las dos ramas de la mandíbula son muy cortas. (4)

Para el crecimiento de la mandíbula es importante la osificación endocondral, la perióstica y el desplazamiento provocado por la base del cráneo que mueve a la ATM.

Su patrón de crecimiento se puede estudiar de acuerdo con la estructura de referencia. Si se toma en cuenta la base del cráneo el mentón se desplaza hacia adelante y hacia abajo, en cambio por los experimentos de tinción vital, se observa una aposición ósea en diferentes puntos de crecimiento (superficie posterior de la rama de la mandíbula y la apófisis condilar y coronoides). El cambio en el mentón es mínimo ⁽⁶⁾ (Fig. 6).



Fig.6 Cambios de la mandíbula mediante aposiciones y reabsorciones. ⁽¹⁰⁾

La mandíbula es una “V” de crecimiento que aumenta la distancia entre los puntos terminales. Las ramas divergen hacia afuera y arriba ⁽⁷⁾ (Fig. 7).

Scott divide la mandíbula en 3 porciones:

- 1 Basal. Es un crecimiento central a manera de tubo que corre del cóndilo a la sínfisis. Protege el conducto mandibular.
- 2 Muscular. Está bajo la influencia del masetero, pterigoideo interno y temporal.
- 3 Hueso alveolar. Para el soporte de los dientes, si existe pérdida temprana de dientes es reabsorbido poco a poco. ⁽⁷⁾

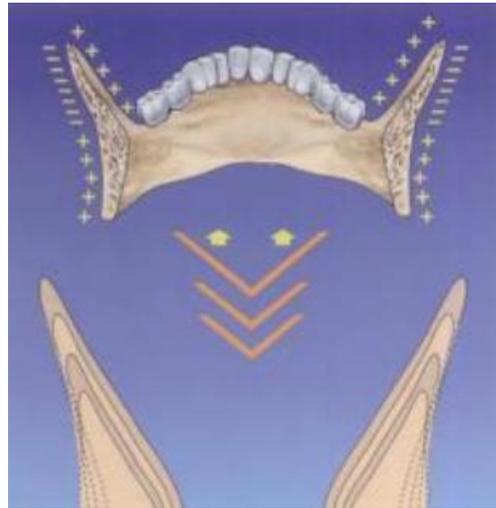


Fig. 7 Crecimiento en “V” de la mandíbula. ⁽⁹⁾

La traslación más el cambio de la forma y la dirección comprende al crecimiento de la mandíbula. ⁽⁷⁾

El bebé al nacer presenta una retrognatia mandibular fisiológica (mandíbula hacia atrás), que al realizar la lactancia materna se realizarán una serie de movimientos mandibulares y en conjunto con la erupción dental, se corregirá naturalmente ⁽¹¹⁾ (Fig. 8).



Fig. 8 Posición mandibular del recién nacido. ⁽⁹⁾



1.3 Sistema muscular facial.

Hay una interdependencia entre hueso y músculo. El hueso a pesar de que es un tejido muy duro, es uno de los que mejor reaccionan cuando hay un equilibrio ambiental, siendo la musculatura uno de los factores que intervienen en esta reacción.

Durante la lactancia hay una importante participación de los músculos de la boca, ya que existe un selle hermético entre los labios y el pezón-aréola al momento de alimentarse.

Los dientes y las estructuras de soporte se encuentran bajo la influencia de la musculatura. Winders describe que, durante la masticación y deglución, la lengua ejerce 2 o 3 veces más fuerza sobre los dientes que los labios y los carrillos, pero en conjunto hay un equilibrio que al unirse igualan momentáneamente la mayor fuerza funcional de la lengua. ⁽⁷⁾

Los músculos principales que trabajan en la masticación son:

- Masetero. Es un músculo rectangular el cual se origina en el arco cigomático y se dirige hacia abajo hasta la cara lateral del borde inferior de la rama de la mandíbula. Su función es elevar la mandíbula y facilita la protrusión.
- Temporal. Es un músculo en forma de abanico que se origina en la fosa temporal y en la superficie lateral del cráneo. Se inserta en la apófisis coronoides y el borde anterior de la rama ascendente. Su función es elevar la mandíbula y participa en la retracción.
- Pterigoideo medial. Tiene su origen en la fosa pterigoidea y se extiende hacia abajo, hacia atrás y hacia afuera para insertarse en la superficie medial del ángulo mandibular. Su función es elevar la mandíbula, protrusión y su contracción unilateral produce mediotrusión mandibular.
- Pterigoideo lateral.



- Pterigoideo lateral inferior. Se origina en la superficie externa de la lámina pterigoidea lateral y se inserta en el cuello del cóndilo mandibular. Su función es protruir la mandíbula, participa en los movimientos laterales y apertura de la boca.
- Pterigoideo lateral superior. Se origina en la parte inferior de la superficie lateral del ala mayor del esfenoides y cresta infratemporal, se inserta en el cuello del cóndilo mandibular y margen frontal del disco articular. Su función es deprimir la mandíbula y elevar el hueso hioides.
- Digástrico.
 - Digástrico anterior. Se origina en la superficie interna del borde inferior de la mandíbula, cerca de la sínfisis y se inserta en el tendón del músculo digástrico posterior. Su función es deprimir la mandíbula y elevar el hueso hioides.
 - Digástrico posterior. Se origina en la superficie inferior del cráneo, desde la escotadura mastoidea en la superficie media de la apófisis mastoides del hueso temporal y una hendidura profunda entre la apófisis mastoides y la apófisis estiloides. Se inserta en el tendón del músculo digástrico anterior. Su función es deprimir a la mandíbula y elevar el hueso hioides⁽¹²⁾ (Fig. 9).

La lengua empieza su función desde la vida intrauterina, es una de las estructuras más desarrolladas al nacer. Es capaz de realizar muchas funciones ya que está anclada sólo en un extremo. Tiene la libertad de modificar la arcada dentaria cuando hay una función anormal. No se sabe si la función anormal es por un patrón morfogenético anormal o es un residuo de la deglución visceral infantil, dando como resultado una maloclusión. Es importante comprender que las maloclusiones representan un intento de mantener el equilibrio entre todos los componentes morfogenéticos, funcionales y ambientales.

Al ocluir los dientes, se realiza una gran fuerza de los músculos masetero y temporal de ambos lados.

En la masticación se exige un gran esfuerzo, pero las exigencias más frecuentes son en las funciones de respiración, deglución, habla y postura. Es posible que se realicen 2 o más funciones al mismo tiempo. (7)

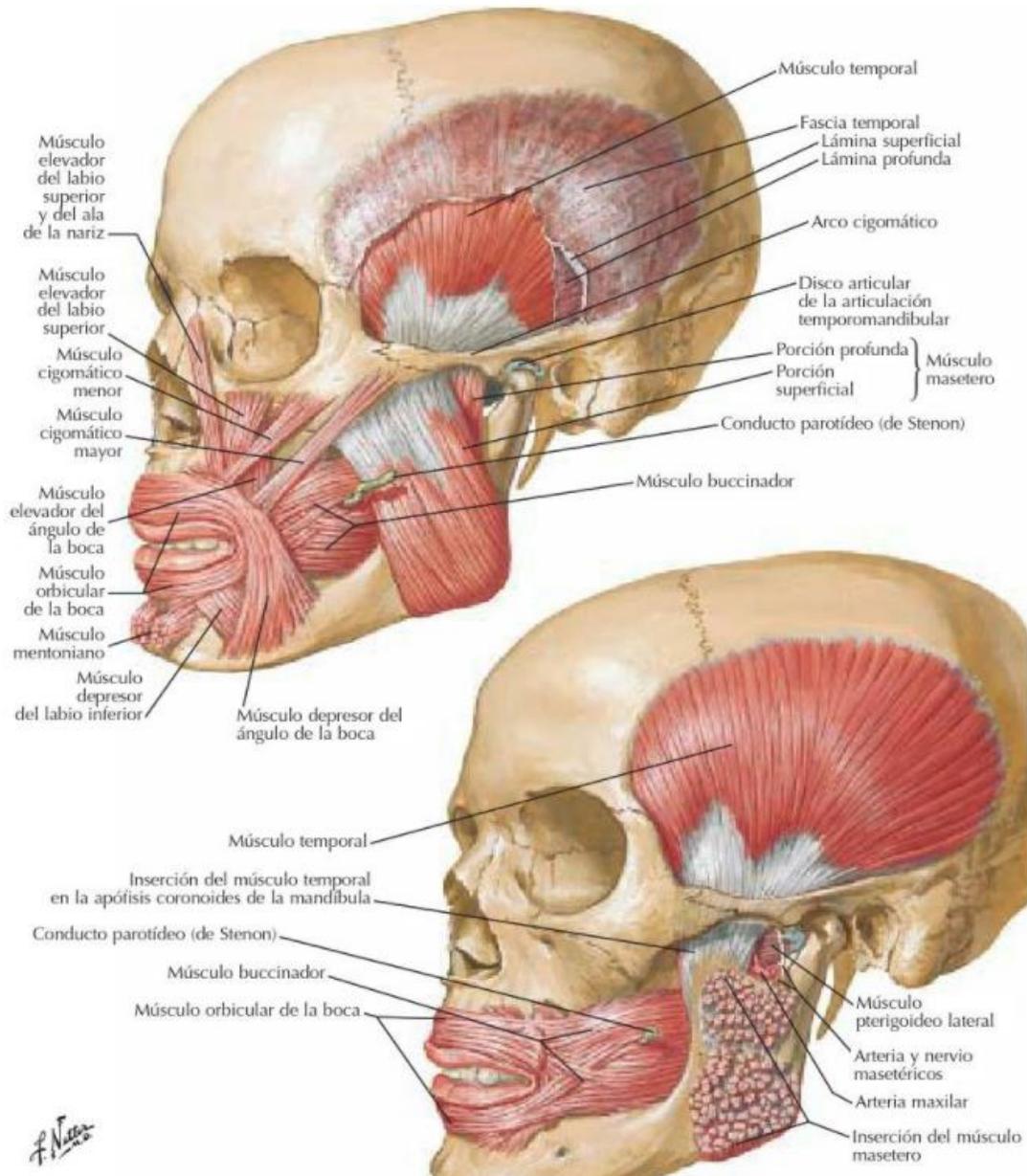


Fig. 9 Musculatura implicada en la masticación. (13)

1.4 Sistema dentario.

El neonato al realizar los movimientos al succionar del seno materno y tragar, estimula la función de la cavidad bucal, la cual es una de las principales funciones fisiológicas para la oclusión y disminuye un 50% de los indicadores de anomalías dentomaxilares y función dentolabial.⁽¹⁴⁾

1.4.1 Arcos dentarios.

Los rebordes alveolares al nacer están cubiertos de fibromucosa resistente y firme, con textura similar al de un adulto.

La cubierta es denominada rodetes y está dividida por eminencias y surcos que simulan aproximadamente la forma de las futuras coronas dentales.

El arco maxilar tiene forma de herradura (semielíptica) y se encuentra por delante de la mandíbula, sagital y transversalmente.

El arco mandibular tiene forma de “U” y sus segmentos son menos visibles.

La posición distal de ambas arcadas varía entre 3mm a 11 mm, dependiendo de la longitud, ancho y profundidad de ambos (Fig. 9). Aunque existe un contacto entre arcos dentarios, principalmente en la parte posterior de los rodetes, no se puede predecir la futura oclusión ⁽⁹⁾ (Fig. 10).

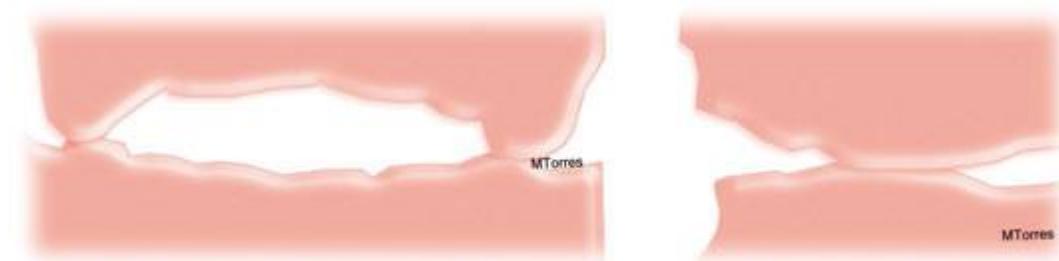


Fig.10 Representación del contacto entre arcadas. ⁽¹⁵⁾



1.4.2 Dentición primaria.

Publicaciones señalan que la dentición primaria o deciduos son de gran importancia ya que realizan la función de masticación, proporciona soporte de carrillos y labios, habla y mantienen el espacio en la arcada para la erupción de los dientes secundarios. (14)

La formación de la corona de los órganos dentarios que se encuentran alojados en criptas óseas dentro del maxilar y la mandíbula, inicia su calcificación de la cuarta a la sexta semana de la vida intrauterina, y la terminación dentro del primer año. (4)

El tiempo de erupción es relativamente variable, puede haber hasta 6 meses de atraso o adelantamiento dentro de los límites normales (Fig.11).

	<i>Formación germen</i>	<i>Inicio mineralización</i>	<i>Corona completa</i>	<i>Erupción *</i>	<i>Raíz completa</i>
Incisivos	3-4 meses	4-6 meses	2-3 m	6-9 m	1-15 años después de la erupción
Caninos	i.u.		9 m	16-18 m	
1 ^{os} molares			6 m	12-14 m	
2 ^{os} molares			12 m	20-30 m	

* Perforación de mucosa y exposición de cúspide o borde coronario
m = meses
i.u. = intraútero (Modificado de Schour y col., 1940; Kraus, 1959; Scott, 1964.)

Fig. 11 Cronología de la dentición primaria. (9)

NINGÚN DIENTE

- De 0 a 6 meses: No hay dientes erupcionados.

DENTICIÓN PRIMARIA

- 6 meses a 2 años: Los 20 dientes primarios están clínicamente presentes y funcionando.
- 2 años y medio: La dentición decidua está completa y en función.
- 3 años: Las raíces están completas, las coronas de los primeros molares están totalmente formadas y el desarrollo de la segunda dentición continúa.
- 5 años a los 6: Los dientes permanentes se mueven más hacia el reborde alveolar, los ápices de los incisivos deciduos se están reabsorbiendo y los

primeros molares a punto de erupcionar. Los factores genéticos y ambientales pueden variar la dentición tanto al desarrollo prenatal como a la modificación posnatal ^(7,14) (Fig. 12).

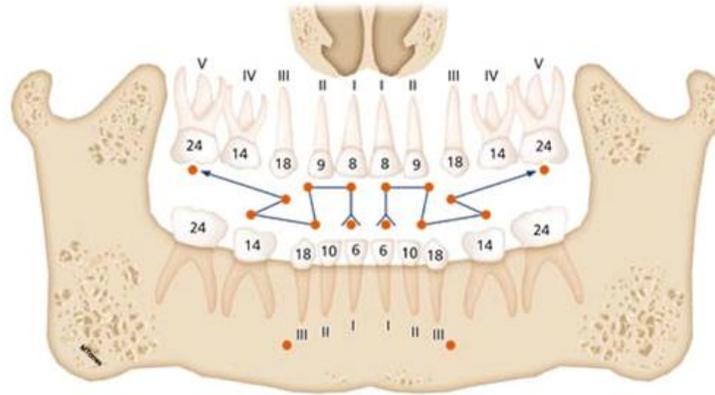


Fig. 12 Secuencia de erupción de la primera dentición. ⁽¹⁵⁾

1.4.3 Oclusión.

Los dientes primarios tienen diversas características como:

- ✓ Son más pequeños que los secundarios.
- ✓ Tienen una marcada constricción en el cérvix.
- ✓ Tienen raíces relativamente más largas.
- ✓ Menos mineralización.
- ✓ La capa de esmalte y dentina son más delgadas y la cámara pulpar es más grande que los dientes secundarios. ⁽¹⁴⁾

Las características de la dentición primaria son:

- a. Espacios interdentes. Pequeños espacios entre diente y diente que se encuentran en forma generalizada. Frecuentemente se encuentran en zona incisiva y su ausencia podría causar problemas en un futuro (Fig. 13).

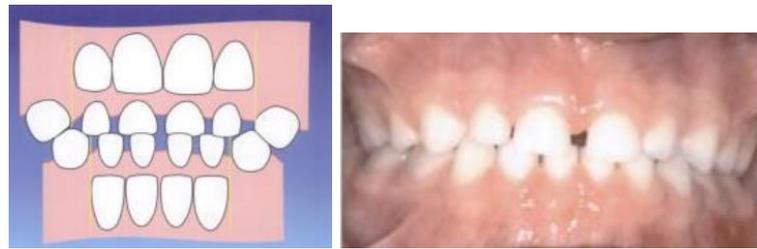


Fig. 13 Espacios interdentes. ⁽⁹⁾

- b. Espacios Primates. Se encuentra entre incisivo lateral superior y canino primario superior, y entre canino primario inferior y primer molar primario inferior (Fig. 14).

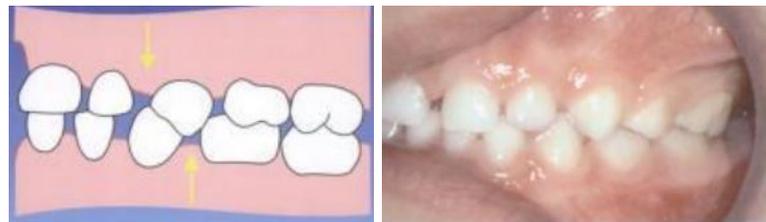


Fig. 14 Espacios primates. ⁽⁹⁾

- c. Espacio libre de Nance. Espacio disponible para ser ocupado cuando se reemplacen caninos y molares por sus dientes secundarios. En el maxilar mide .9 mm y 1.7 mm en la mandíbula. Este espacio existe ya que hay una diferencia de tamaño entre dientes primarios y secundarios (Fig. 15).

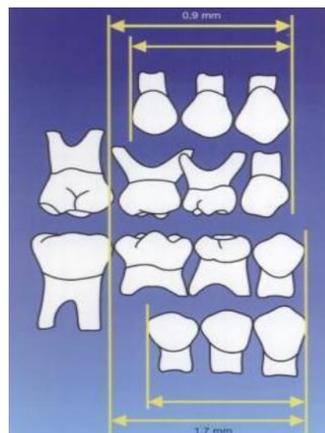


Fig. 15 Espacio libre de Nance. ⁽⁹⁾

- d. Espacio de deriva. Cuando el espacio libre de Nance es utilizado gracias a la mesialización de los primeros molares para el establecimiento de una relación clase 1 molar (Fig. 16).

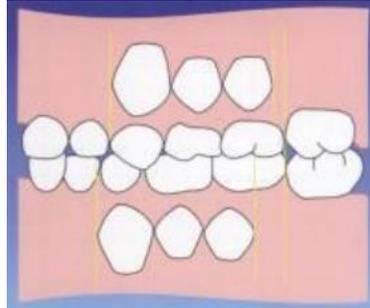


Fig.16 Espacio de deriva. ⁽⁹⁾

- e. Overbite. También llamado sobremordida o entrecruzamiento vertical. Es una superposición vertical de dientes incisivos que debe medir no más de 3 mm. (Fig. 17).

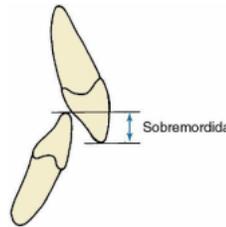


Fig. 17 Overbite. ⁽³⁾

- d. Overjet. También llamado resalte o entrecruzamiento. Es una superposición horizontal que se mide del borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular del inferior (Fig. 18).

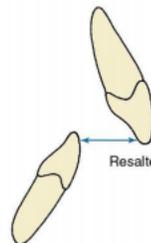


Fig. 18 Overjet. ⁽³⁾

- e. Planos terminales. Se toma como referencia las caras distales de los segundos molares primarios y nos ayudan a tener una predictiva de la erupción futura de los molares secundarios.

Existen 4 planos terminales:

1. Escalón distal. El primer molar erupciona en clase 1.
2. Plano terminal recto. El primer molar erupciona cúspide a cúspide y aprovechando los espacios dentales ocluye en clase 1 existiendo una posibilidad de desviarse a clase 2 al no aprovecharse el espacio de deriva inferior (Fig. 19).



Fig. 19 Plano terminal Recto.⁽¹⁵⁾

3. Escalón mesial corto. El primer molar erupciona en clase 1 con posibilidad de desviarse a clase 3 al aprovecharse sólo el espacio de deriva inferior (Fig. 20).
4. Escalón mesial largo. El primer molar erupciona en clase 3.⁽¹⁶⁾



Fig. 20 Escalón mesial.⁽¹⁵⁾

Este conjunto de espacios favorece la erupción de los dientes secundarios de mayor tamaño en ambas arcadas y establecer una oclusión clase I mediante

el desplazamiento de los primeros molares, al aprovechar el espacio cuando lo requiera.

1.4.4 Dentición mixta.

Tras la erupción completa de la dentición primaria, aproximadamente a los 3 años, hay un periodo de reposo en el que no hay erupción de dientes nuevos y dura aproximadamente 3 años.

A los 6 años, el niño está por terminar la primera infancia, en este momento el primer molar es el primer diente permanente que aparece en boca, con la particularidad de que no sustituye ningún diente temporal (Fig.21.1 y 21.2).

El primer molar inferior secundario erupciona en la zona retromolar próxima al ángulo goníaco de la mandíbula, desde ese momento se le denomina dentición mixta. ⁽¹⁶⁾

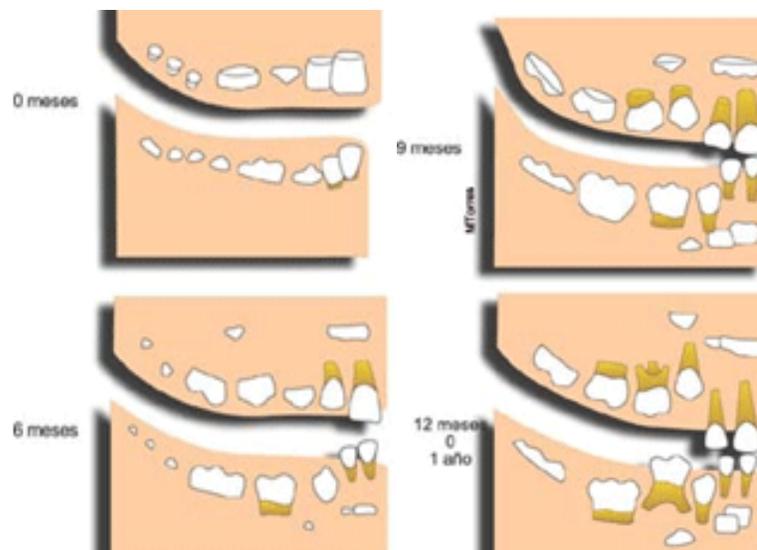


Fig. 21.1 Representación de la erupción dental de 0 meses a 1 año. ⁽¹⁵⁾

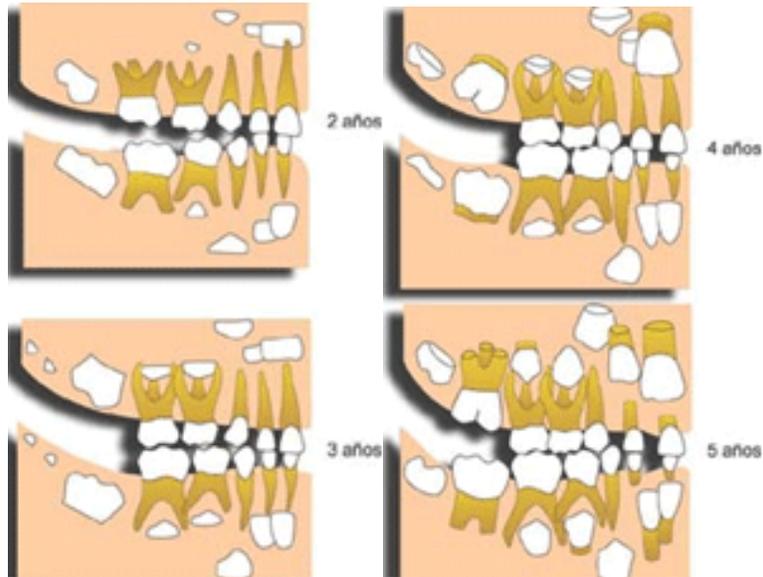


Fig. 21.2 Representación de la erupción dental de 2 a 5 años.⁽¹⁵⁾

CAPÍTULO II. HÁBITOS BUCALES.

2.1 Hábitos fisiológicos.

El desarrollo y crecimiento da pie a las primeras funciones posnatales tempranas o infantiles; son la succión y deglución que dan forma a la boca y la faringe durante la vida intrauterina.

La succión se puede observar desde la semana 13 de gestación. Normalmente el feto succionará las manos y dedos de los pies como parte de su desarrollo de la succión no nutritiva relacionada al placer (Fig. 22).

La deglución se desarrolla a partir del segundo trimestre de gestación e inicia con la deglución de líquido amniótico que contribuye en la obtención de elementos nutritivos y la participación de la digestión fetal.⁽⁴⁾

La función masticatoria temprana se origina al estimular los músculos masticatorios al momento de la succión.⁽⁴⁾

Si existe alguna anomalía física o fisiológica se necesita una atención interdisciplinaria para valorar y tratar el problema, con fisioterapia, cirugía, etc.⁽⁴⁾

Al nacer el bebé no aprende todas estas funciones, solo perfeccionan lo que ya realizaban en el vientre materno.⁽⁴⁾



Fig. 22 Ultrasonido de bebé succionando su dedo.⁽⁴⁾

2.2 Hábitos no fisiológicos y su tratamiento.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los hábitos bucales pueden ser uno de los factores principales de la aparición de la maloclusión, y se encuentran en el tercer lugar de prevalencia dentro de las patologías de la salud bucal después de la caries y enfermedad periodontal en niños. Estas llegan a afectar al 60% de los niños y de ellas 20% son severas; Podadera e Imbert describen que entre el 1.1 a 71.4% de los niños preescolares tienen algún mal hábito oral.^(17,18) En relación con el género se ha reportado una mayor prevalencia en niñas, sin embargo, en distintos lugares puede cambiar (Fig. 23).



Fig. 23 Niño con hábito de succión de dedo.⁽³⁾

Una oclusión óptima se refiere a la relación armónica entre dientes superiores con dientes inferiores haciendo que la masticación, deglución y habla sean las correctas.⁽¹⁷⁾

El complejo maxilofacial se comprende de 3 sistemas: el sistema esquelético, el sistema muscular y el sistema dentario los cuales ya se explicaron en el capítulo anterior. Cuando no existe obstáculo en el desarrollo de estos sistemas tendremos una oclusión funcionalmente equilibrada.⁽¹⁷⁾

Un hábito puede definirse como la práctica que se adquiere y se repite el mismo acto constantemente, al inicio es voluntario y consciente, posteriormente se



convierte en involuntario e inconsciente. Los hábitos perniciosos o deformantes bucales es la acción repetitiva del hábito que no es funcional ni necesario.⁽¹⁹⁾

La duración, frecuencia e intensidad será el trío de factores para determinar el gran daño que pueden ocasionar estos hábitos y cómo se pueden corregir.⁽⁷⁾

Los hábitos no fisiológicos son la principal causa de maloclusión, pueden llegar a alterar el desarrollo del sistema estomatognático, desequilibrar las fuerzas de los músculos orales y periorales, deformar la estética, funciones masticatorias o respiratorias, el habla, el equilibrio físico o psicológico.^(17,20)

Los hábitos frecuentemente aparecen por estrés, frustración, fatiga, aburrimiento del niño, falta de atención de los padres hacia el niño, tensión familiar e inmadurez emocional.⁽¹⁷⁾

La etiología es multifactorial, por lo que su prevención y tratamiento deberá abarcar distintas áreas si es necesario.

Reyes Romagosa et al. afirman que la prevención ayuda a promover un ambiente neuromuscular óptimo para el desarrollo, crecimiento y no deformar el patrón esquelético.⁽¹⁸⁾

2.2.1 Succión digital.

Según la Real Academia Española, succionar significa chupar, extraer algún jugo o cosa análoga con los labios y esto es un instinto reflejo que se tiene desde la vida intrauterina.

La supervivencia del bebé depende de la succión oral instintiva que le permite amamantarse y sentir seguridad.

Se vuelve un hábito no fisiológico o no nutritivo cuando se introduce uno o más dedos, generalmente el pulgar, en la cavidad oral.⁽¹⁷⁾

La American Dental Association (Asociación Estomatológica de los Estados Unidos de América) considera que el niño puede succionar el pulgar hasta que tenga 4 años sin dañar sus dientes. Hay que considerar que si el hábito continúa después de erupcionar la segunda dentición provocará alteraciones en la oclusión.⁽¹⁷⁾

La prevalencia en la que se presenta es de más del 50% en bebés y se considera normal hasta los 18 meses, aunque se han reportado tasas muy variables⁽²¹⁾ (Fig.24).



Fig. 24 Bebés succionando su pulgar.⁽¹⁷⁾

La principal causa es la lactancia artificial ya que el bebé no se fatiga y agota su instinto natural de succión. Cuando se inicia el hábito más tarde, frecuentemente es el resultado de frustraciones psicológicas, fatiga, aburrimiento, y falta de amamantamiento, por lo que se refugia en la succión del dedo por satisfacción, ya que este al ver la forma del pezón materno reflejada en el dedo por su consistencia, olor y sabor.^(17,20)

Bishara concluye en uno de sus estudios que a finales del primer año el 40% usa chupón y el 31% presentan succión digital, a los 4 años las cifras se invierten.⁽²⁰⁾ José María y cols. en 2013 describen que encontraron a la succión de dedo y onicofagia más prevalentes, lo cual estaba relacionado a que eran niños monoparentales. Laura Mendoza Oropeza y cols. en 2014 realizaron un estudio donde los hábitos más prevalentes fueron interposición lingual y succión de dedo.⁽²²⁾

Al posicionar el dedo en la boca obliga a la lengua estar en una posición baja sin hacer presión en el paladar, los músculos activos crean un vacío, la mandíbula se deprime, aumentando el espacio intraoral y creando una presión negativa.⁽¹⁷⁾

Durante la valoración clínica se deberá observar tanto la cavidad oral como extraoralmente.⁽¹⁷⁾

Examen intraoral:

- Mordida abierta.
- Protrusión de incisivos o caninos.
- Paladar estrecho.
- Mordida cruzada posterior (Fig.25).



Fig.25 Características intraorales de un niño con hábito de succión de dedo.⁽²³⁾

Examen extraoral:

- Manos. Los dedos succionados se aplanan y se forma un callo en el dorso por los incisivos superiores
- Músculos buccinadores. Ya que al succionar con mayor frecuencia su tonicidad aumenta.⁽²¹⁾

Tipos de succión:

- Dedo pulgar: Produce una mordida abierta anterior simétrica (Fig.26).
- Dedo índice: Produce mordida abierta unilateral y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos.
- Dedo índice y medio: Produce una mordida abierta unilateral y/o protrusión de uno más incisivos o caninos.
- Dedo medio y anular: Produce mordida abierta unilateral, protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.⁽¹⁷⁾



Fig.26 Niña succionando su pulgar.
Se observa el esfuerzo del buccinador.⁽¹⁶⁾

Fases o etapas de la succión:

1. Succión normal y clínicamente no significativa: El hábito se prolonga del nacimiento hasta los 3- 4 años, abandonándolo espontáneamente (Fig.27).
2. Sección clínicamente significativa: Esta fase se prolonga hasta los 6-7 años. Se requiere atención porque indica posible ansiedad y es el mejor momento de tratarse.
3. Succión complicada o no tratada: Se prolonga después de los 7 años, la succión es un problema clínico difícil. Se requiere colaboración del odontopediatra, pediatra y psicólogo.⁽²⁰⁾



Fig.27 Bebé succionando sus dedos.⁽¹⁷⁾

Se considera que después de los 3 o 4 años se debe dar un tratamiento con diferentes enfoques de tipo psicológicos y odontológico.

Los tratamientos se clasifican en 3 y se recomienda que sea interdisciplinario:

1. Psicológico.
2. Ejercicios miofuncionales.

➤ **Cierre labial.**

- Sostener un cepillo de dientes entre los labios y hacer un sube y baja manteniéndolo arriba por 5 segundos. Esto estimula los músculos orbiculares y contrae el mentoniano ^(17,24) (Fig. 28).



Fig. 28 Se observa el sube y baja del cepillo.⁽¹⁷⁾

- Sujetar una hoja de papel al menos 25 veces al día y mantenerla arriba 5 segundos. Esto estimulará los músculos orbiculares y contrae el mentoniano ^(17,24) (Fig. 29).



Fig. 29 Forma correcta de sujetar la hoja.⁽¹⁷⁾

3. Dispositivos ortodóncicos.

- Aparatología Removible (Miofuncional).
- Aparatología Fija (Restrictores).

- ✓ **Rejilla Palatina.** La rejilla es una estructura metálica que puede ser cementada en molares superiores o ser removible y va sobre el paladar a nivel de las arrugas palatinas. Evita que el dedo entre a la boca (Fig.30).



Fig.30 Rejilla Palatina. (25)

- ✓ **Quad Helix antidedo.** Consiste en 2 bandas molares a una parrilla de alambre colocada en el paladar, evita que se haga vacío para la sujeción del dedo en el paladar (22,23) (Fig.31).



Fig.31 Quad Helix antidedo. (23)

2.2.2 Deglución atípica.

El acto de deglutir frecuentemente puede ejercer un efecto sobre el maxilar y la mandíbula, en especial cuando la deglución es anormal.⁽⁷⁾

Moyers cree que la prolongación de la deglución infantil puede contribuir también a la creación de maloclusiones.⁽⁷⁾

La deglución infantil es la que existe desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años, aunque puede extenderse hasta los 5.



Consiste en:

- El maxilar y la mandíbula se separan.
- La lengua interpuesta entre ambas arcadas. El movimiento es guiado por un intercambio sensorial entre los labios, la lengua y la musculatura perioral.
- La mandíbula se fija y se proyecta hacia delante.
- Esto para que pueda presionar el pezón contra la arcada dentaria superior y pueda alimentarse.⁽¹⁷⁾

Entre los factores etiológicos se encuentra:

1. Alimentación por medio del biberón.
2. Amigdalitis.
3. Desequilibrio del control nervioso.
4. Pérdida temprana de los dientes temporales anteriores.
5. Espacio interdental en dientes centrales.
6. Respiración bucal.
7. Macroglosia.⁽¹⁷⁾

Características clínicas:

- La dimensión vertical de descanso y la dimensión oclusal se igualan.
- Los dientes posteriores cada vez eliminan el espacio interoclusal.
- Estrechamiento bilateral del maxilar (mordida cruzada bilateral).
- La lengua se hincha para ocupar el espacio aumentado en la arcada.
- Mordida abierta anterior simétrica
- Protrusión de dientes anteriores superiores y aparición de diastemas.
- Labio inferior hipertónico y labio superior hipotónico.
- Hipertonicidad de la bolsa del mentón.
- Problemas fonéticos.
- Inhibición del crecimiento vertical del proceso alveolar.
- Hiperactividad de los músculos de la masticación ^(7,17) (Fig.32).



Fig.32 Mordida abierta por deglución atípica.⁽²³⁾

Durante de la deglución se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. Babeo nocturno.
2. Dificultad de ingerir alimentos sólidos.
3. Tamaño y tonicidad de la lengua.
4. Falta de contracción de los maseteros.
5. Posición atípica de la lengua.
6. Alteración en la fonación.
7. Acumulación de saliva al hablar.⁽¹⁷⁾

Para su evaluación en consulta, Melsen describe una técnica que consiste en que el niño trague saliva o pequeñas cantidades de agua, a su vez se debe observar el movimiento mandibular, las contracciones musculares y contacto dental, si no se registró una contracción muscular, la deglución es anormal.⁽²²⁾

Existen dos tipos de deglución atípica según Moyers.

- Deglución con interposición lingual simple:
 - a. Se caracteriza por la contracción de labios, músculos mentonianos y elevadores de la mandíbula.
 - b. Dientes en oclusión y la lengua posicionada en la mordida abierta.
 - c. Generalmente en niños con succión digital y niños respiradores nasales.
- Deglución con interposición lingual compleja:

- a. Contracciones de los labios, músculos faciales y mentoniano.
- b. Deglución con los dientes separados e interposición de la lengua entre los dientes.
- c. Mordida abierta difícil de definir.
- d. Generalmente en niños con antecedentes de alergias y enfermedades respiratorias y respiradores bucales ⁽¹⁷⁾ (Fig.33).



Fig.33 Interposición lingual. ⁽²³⁾

El tratamiento de elección es la terapia miofuncional con o sin ayuda de dispositivos ortodónticos que tiene como objetivo eliminar los esquemas neuromusculares de este hábito y fijar nuevos; establecer la deglución fisiológico normal; rehabilitar la posición y función de la lengua, labios, mejillas y velo palatino.

Algunos ejercicios miofuncionales recomendados son:

1. **Reeducación de la posición lingual:** Consiste en mantener una pastilla de menta contra las rugas palatinas. Mientras fluye la saliva el niño se verá obligado en deglutir con la lengua en esa posición. Esto fortalece los músculos de la masticación y la base de la lengua (Fig.34).

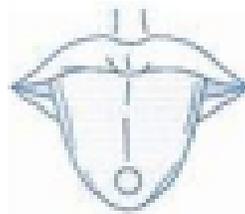


Fig.34 Posición de la pastilla en la lengua. ⁽²⁴⁾

2. **Cierre labial:** Mantener entre los labios cereales Froot Loops e introducirlos a la boca con movimiento labiales, esto estimulará los músculos orbiculares y contrae el músculo mentoniano (Fig. 35).



Fig.35 Posición del cereal.⁽¹⁷⁾

Durante el periodo en el que se realizan los ejercicios se puede complementar con los dispositivos ortodóncicos interceptivos.^(17,24)

Los dispositivos ortodóncicos se pueden dividir como:

1. Retrictores. Su objetivo es evitar la función incorrecta, parar y disminuir las alteraciones en la oclusión.
 - Rejilla o Trampa lingual (Fig.36).



Fig.36 Trampa lingual. ⁽²⁵⁾

2. Estimuladores. Su objetivo es la resolución del hábito.
 - Perla de Tucat.⁽¹⁷⁾ (Fig.37).

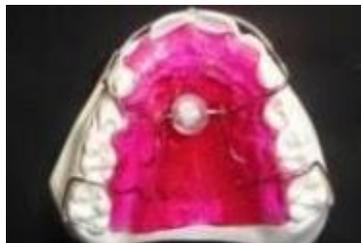


Fig.37 Perla de Tucat a nivel de las rugas palatinas.⁽²⁵⁾

- Placa Hawley con Perla (Fig. 38).

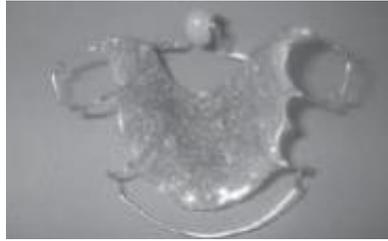


Fig.38 Perla de Tucat para posicionar la lengua más posterior.⁽²⁵⁾

- Recordatorio lingual (Fig.39).



Fig.39 Recordatorio lingual cementado en molares.⁽²³⁾

- Trainer Miofuncional. Estos trainers corrigen las maloclusiones mediante la estimulación de los músculos o inhibiéndolo ⁽²⁶⁾ (Fig.40).



Fig.40 Infant trainer.⁽²⁶⁾

2.2.3 Respiración bucal.

Uno de los factores en el crecimiento bucofacial es el desarrollo de los espacios respiratorios y el mantenimiento de la vía aérea. Lo normal es que la respiración sea

nasal, donde el aire entra por la nariz sin obstáculos, con la boca cerrada y la lengua se apoya contra el paladar. El paso de este aire por la nariz es filtrada y calentada para ir directo a las vías aéreas.⁽¹⁷⁾

Es común que esta respiración bucal constituya un síndrome llamado SRB o Síndrome de Respirador Bucal, el cual se da por la poca permeabilidad de las vías aéreas superiores ya sea por desviación del tabique nasal, hipertrofia de las amígdalas palatinas, rinitis e hipertrofia de cornetes (Fig.41).

El diagnóstico diferencial es muy importante, una vez eliminado el impedimento para respirar por la nariz, frecuentemente el niño mantiene el mal hábito y la ortodoncia interceptiva elimina o reduce la severidad de una maloclusión, disminuyendo la necesidad de un tratamiento más complejo y costoso.^(17,27)



Fig.41 Posición de la mandíbula y lengua en la respiración bucal.⁽⁹⁾

Si el hábito de la respiración bucal se vuelve constante se dan una serie anomalías faciales, esqueléticas y dentarias, denominadas Facies adenoidea o Síndrome de la cara larga (Fig.42). Sus características son las siguientes:

1. Falta de crecimiento transversal del maxilar (maxilar estrecho) (Fig.43).
2. Elevación de la bóveda palatina.
3. Apiñamiento y/o protrusión de dientes anteriores superiores.
4. Apiñamiento y lingualización de Incisivos inferiores.
5. Crecimiento rotacional de la mandíbula.

6. Aumento de la altura facial inferior.
7. Ojeras.
8. Depresión malar.
9. Resequedad e incompetencia labial.
10. Mordida abierta anterior.
11. Mordida cruzada posterior.
12. Gingivitis
13. Lengua en posición atípica.⁽¹⁷⁾



Fig.42 Síndrome de la cara larga.⁽²⁸⁾

La población pediátrica describe tener sensación de falta de aire, cansancio, boca seca, salivación abundante, problemas al dormir, sentirse adormecidos durante el día, dolor de espalda y cuello por problemas posturales, alteraciones del gusto y olfato, irritabilidad, oxigenación cerebral deficiente, déficit de atención (ADHD) y dificultad de aprendizaje.^(17,20)

En el tratamiento se necesita la atención multidisciplinaria, ya que podría tener un tratamiento quirúrgico, medicamentosa, fononoaudiológico, ortopédico y ortodóncico, dependiendo de la causa.⁽¹⁷⁾



Fig.43 Paladar profundo y estrecho.⁽¹⁷⁾

Se podrán utilizar dispositivos ortodóncicos, tales como:

Intraorales:

➤ De acción indirecta:

-Plano posterior de mordida.(Fig.44)



Fig.44 Plano de mordida para corregir la sobremordida. (16)

-Rejilla lingual.

-Trainer Miofuncional (Fig.45).



Fig.45 Trainer para el control de hábitos en niños. (26)

- Placa vestibular de Hotz. Se confecciona con acrílico y cubre las caras vestibulares de los dientes anteriores, se le colocan 2 bandas elásticas en la parte anterior que el paciente jalará para estimular la musculatura oral (25) (Fig.46).



Fig.46 Placa vestibular de Hotz. (25)

De disyunción:

-Tornillo de expansión ⁽¹⁷⁾ (Fig. 47).



Fig.47 Placa con tornillo de expansión.⁽¹⁷⁾

2.2.4 Bruxismo.

La Academia Americana de Dolor Orofacial define bruxismo como “una actividad parafuncional diurna o nocturna que incluye apretar, rechinar o arrastrar los dientes inconscientemente”⁽²⁹⁾ (Fig.48).

Algunos autores consideran que su etiología es idiopática, que se le atribuye a un componente morfológico, como alteraciones en la oclusión y anomalías articulares; psicológico, como la ansiedad, estrés, depresión, conflictos familiares, celos y presión escolar; y por último neuromuscular.^(29,30)

De acuerdo con la evidencia, existe entre un 5 y 40% de la población infantil que sufre de bruxismo, los niños con problemas psicológicos tienen una probabilidad de 36-40% de padecer bruxismo. Un estudio realizado en Cuba describe que el sexo femenino fue el más afectado (77.8%), la Dra. Díaz Gómez refiere a que esto puede estar íntimamente relacionado con la distinta forma en la que se educa, como las actitudes sexistas que se les imponen, en la que las mujeres son puestas a mayor presión y supresión psicológica.^(29,30)



Fig.48 Desgaste dentario por bruxismo.⁽³¹⁾

El Bruxismo se clasifica en:

- Primario (idiopático): Corresponde al
 - o Diurno.
 - o Del sueño (BS). Es definido por la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) como “una actividad muscular mandibular caracterizada por apretar o rechinar de los dientes y/o por refuerzos o empuje de la mandíbula durante el sueño”.⁽³²⁾
- Secundario (Iatrogénico): Corresponde a problemas neurológicos, psiquiátricos, desordenes del sueño y drogas. ⁽¹⁷⁾

Clínicamente se observa:

- Desgaste dentario (Fig.49).
- Enfermedad periodontal.

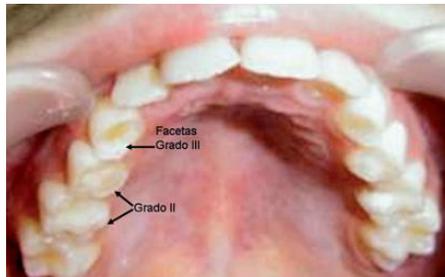


Fig.49 Desgaste en dientes primarios.⁽³³⁾

Los síntomas más frecuentes:

- Rechinamiento dental.
- Dolor muscular facial a la palpación (Hipertrofia).
- Dolor muscular de hombros y cuello.
- Trastornos temporomandibulares.
- Dolor de cabeza.
- Dolor de oído.
- Ruido articular. ⁽³⁰⁾

Múltiples autores coinciden en que, si el bruxismo se prolonga hasta los 8 años, se considera que la actividad parafuncional es similar a la de un adulto.

El tratamiento de elección es la atención psicológica del niño para identificar los factores estresantes que lo llevaron a una tensión fuerte; y por parte del odontólogo confeccionar una guarda oclusal para relajar los músculos y evitar que se provoque un desgaste dentario (Fig.50).



Fig.50 Guarda oclusal.⁽³⁴⁾

2.2.5 Succión de labios.

Consiste en la interposición del labio (normalmente el inferior), entre ambas arcadas dentales durante la etapa del habla o en reposo ⁽³⁵⁾ (Fig.51).

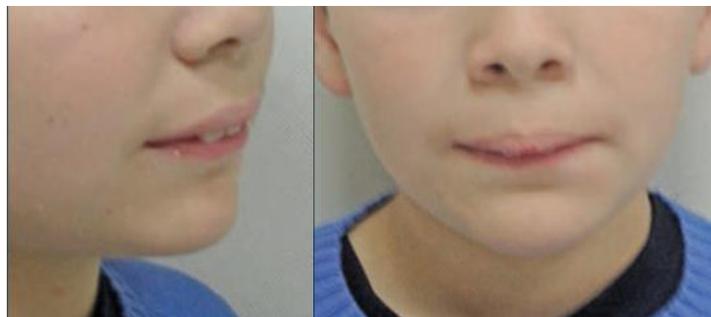


Fig.51 Niño succionando parte de su labio inferior. ⁽²³⁾

Frecuentemente la succión de labio es relacionada con la succión de dedo, ya que al existir un espacio provocado por la interposición del dedo y la protrusión dental, el niño se ve en la necesidad de succionar el labio para cerrar ese espacio.

Se caracteriza por tener el labio superior hipotónico, el labio inferior hipertónico por la contracción intensa de los músculos cuadrado del labio al ser succionado, la suma de estas fuerzas provoca que los dientes superiores sean proyectados hacia

vestibular, aumento de resalte y sobremordida. La alteración a nivel dental es similar a una succión digital ⁽²³⁾ (Fig.52).



Fig.52 Características intraorales resultado de la succión de labio. ⁽²³⁾

Tratamiento

- Escudillo vestibular, Lip Bumper o separador Labial. Consiste en una pequeña pantalla acrílica que separa los dientes anteriores del labio, permitiendo una reducción neuromuscular del labio y evitando que sea succionado ⁽²²⁾ (Fig.53).



Fig.53 Lip Bumper. ⁽²²⁾

2.2.6 Onicofagia y morder objetos.

Se trata de una costumbre de cortar, roer o comerse las uñas, corriendo el riesgo de herirse los dedos, labios, encía y a su vez contraer una infección. ⁽²²⁾

A menudo los niños con gran tensión nerviosa adquieren este hábito, en niños pequeños es normal que quiera explorar el mundo introduciendo objetos a su boca, avanzando el tiempo el hábito puede continuar de diferente forma, ya sea mordiendo el lápiz, chicle o morderse las uñas (Onicofagia). Una vez adquirido el hábito lo mantienen por hambre, aburrimiento, tensión, preocupación e inactividad ^(20,36) (Fig. 54).



Fig. 54 Niña muerde sus uñas.⁽³⁷⁾

El mordedor puede comer no solo las uñas, sino también la cutícula y la piel de alrededor, para diagnosticar es necesario revisar manos o uñas para confirmar el diagnóstico.

El morderse las uñas a nivel oral puede ocasionar un desgaste y microfracturas del esmalte dental de los incisivos centrales superiores. También se puede observar los labios partidos, aftas y herpes.⁽³⁸⁾

El hábito crónico puede aumentar la caries en zonas afectadas por ser perjudicial para la adamantina frontal de los dientes.⁽³⁶⁾ También puede provocar hemorragias subungueales y pérdida de tiras ungueales que pueden conllevar a la pérdida de toda la uña si se muerde de manera muy agresiva.

Los fragmentos ingeridos pueden incrustarse en la faringe y producir lesiones inflamatorias; o si son aspiradas pueden viajar a las vías aéreas y alojarse en los bronquios.⁽³⁸⁾ (Fig.55).



Fig. 55 Hemorragia en uñas por morderse en exceso.⁽³⁹⁾



Los posibles tratamientos son los psicológicos, farmacológicos y mecanoterapia (físicas).

En los tratamientos farmacológicos está como opción tomar vitamina B-h (inositol), el cual produce un aumento de serotonina en el cerebro y reduce las ganas de morderse las uñas.

Psicológicamente la terapia conductual y cognitiva son las que mayor evidencia científica poseen. Consiste en cambiar el mal hábito por un hábito saludable.

Los tratamientos con aparatos no tienen evidencia suficiente para su práctica clínica.⁽³⁶⁾



CONCLUSIÓN

1. Fomentar en la población la cultura del cuidado bucal en los bebés, siendo así la primera consulta con el odontólogo de preferencia antes de la erupción de su primer diente.
2. Enseñar herramientas preventivas a los padres o tutores de los niños ayudará a evitar la presencia de hábitos no fisiológicos a tiempo.
3. La detección y tratamiento de malos hábitos bucales a edades tempranas evitará que se manifieste una maloclusión, provocando que el tratamiento sea más complejo.
4. Un factor que origina los malos hábitos es el estrés, por ello es importante identificar la causa principal para poder realizar un buen tratamiento y facilitar que el tratamiento elegido sea eficaz.
5. El apoyo de los padres dentro y fuera de la consulta reforzará la relación padre e hijo, con ello el tratamiento odontológico será mayormente aceptado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NOM-008-SSA2-1993 [Internet]. [citado 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/008ssa23.html>
2. Bernal R. Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en Colombia. 51. marzo de 2014;21 y 22.
3. R. Proffit W, W. Fields H, M. Sarver D. Ortodoncia contemporánea. 5a ed. ELSEVIER; 20-73 p.
4. Durán-Gutiérrez DA, Rodríguez-Weber DMÁ, Zebadúa-Penagos DM. Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. Desarrollo sensorial temprano de la boca. 2012;33(3):137-9.
5. Jiménez Ariosa ÁY, Torres García M, Lores Torrell E. Relación entre lactancia materna exclusiva, hábitos bucales deformantes y anomalías Dentomaxilofaciales. Policlínico «Rafael Valdés» 2011. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. junio de 2012 [citado 14 de febrero de 2021]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/art-20/>
6. OMS | Lactancia materna exclusiva [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 24 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
7. Graber TM. Ortodoncia. Teoría y práctica. 3a ed. Interamericana; 37,38,49-71,75,81,135-146,156-163,279-308.
8. Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Estados Unidos: OPS (Organización Panamericana de la Salud); 1994.
9. Bordoni N, Escobar Rojas A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica [Internet]. 1a ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2010 [citado 24 de febrero de 2021]. 28-31, 401-404 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=oXr3kxs0fGcC&lpg=PP1&hl=es&pg=PA28#v=onepage&q&f=false>
10. Parra Quintero N, Botero Mariaca PM. Aparatos de avance mandibular: ¿mito o realidad? Rev Nac Odontol. diciembre de 2013;59.



11. Moya Daza M. Lactancia materna y su contribución al adecuado desarrollo del sistema estomatognático y sus funciones. Rev científica signos fónicos. 11 de noviembre de 2015;1.
12. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 7.^a ed. Barcelona, España: ELSIEVER; 2013.
13. Netter FH. Atlas de Anatomía Humana + StudentConsult [Internet]. Barcelona, SPAIN: Elsevier; 2014 [citado 24 de marzo de 2021]. 54 p. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/detail.action?docID=1723026>
14. Woelfel, C. R. Anatomía dental. 8a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 164-173.250-252 p.
15. Torres Carvajal M. Desarrollo de la dentición. La dentición primaria. Rev Latinoam Ortod odontopediatría [Internet]. [citado 3 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art-23/>
16. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza a. Odontopediatría. 1a ed. España: ELSEVIER; 2004. 44-51,379-403 p.
17. Medina A. CT, Laboren S ML, Vilorio R C, Quirós A O, D'Jurisic A A, Alcedo C, et al. Hábitos bucales más frecuentes y su relación con Malocclusiones en niños con dentición primaria. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2010 [citado 9 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-20/>
18. Mora Pérez C de la C, Alvarez Mora I, Blanco Hernández A, Espino Sosa Y, Morera Pérez A, Macías Macías A. Efectividad de la intervención en niños de 5 a 11 años portadores de hábitos bucales deformantes. Rev nac odontol. octubre de 2017;13(25):77-87.
19. Alfonso JL, Roque YC, Hermida NP, Martín OR. Hábitos bucales deformantes y su posible influencia sobre el plano poslácteo en niños con dentición temporal. MediCiego [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 3 de febrero de 2021];20(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/181>
20. Pacheco-Morffi PM, Hernández-Millán AB. Relación entre los hábitos bucales deformantes y desórdenes en el plano emocional y psicológico. 2019;20(62):1698-17004.
21. Murrieta Pruneda JF, Allendelagua Bello RI, Pérez Silva LE, Juárez-López LA, Linares Vieyra C, Meléndez Ocampo AF, et al. Prevalencia de



hábitos bucales parafuncionales en niños de edad preescolar en Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México, 2009. febrero de 2011;68(1):26-33.

22. Silva Rivera L, García Muñoz A, Espinoza Chico JC. Hábitos que promueven maloclusiones en infantes. Rev Lat de Orto y Odontoped [Internet]. 2019; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-12/>
23. Reni Muller K, Piñeiro Soledad. Malos hábitos orales: rehabilitación neuromuscular y crecimiento facial. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(2):380-8.
24. Valcárcel Martín N. Terapia miofuncional en la deglución atípica [Internet]. [España]: Universidad de La Laguna; 2016. Disponible en: <https://riull.uil.es/xmlui/bitstream/handle/915/2595/Terapia%20miofuncional%20en%20la%20deglucion%20atipica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Quijano de la Fuente P. Revisión bibliohemerográfica sobre el tratamiento y control en hábitos orales en pacientes pediátricos. [Internet]. [Puebla]: Benemerita universidad autónoma de puebla.; 2015. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/9701/653015T.pdf?sequence=1>
26. Bernal K, Quirós C. OJ, Quirós J. Tipos, indicaciones y uso de trainers, Myobrace. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2017/art-40/>
27. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. Acta Odontológica Venezolana [Internet]. 2010;48(1). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/1/art-10/>
28. Síndrome del Insuficiente Respirador Nasal. 2002 [citado 7 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2002/art-3/>
29. Cáceres Rojas DA, Quezada Terán KN, Parker Álvarez C. Bruxismo del sueño en niños: actualización de la literatura. OdontolPediátr. 2017;25(3):2009-16.
30. Kirenía Pieri S, Mora Pérez C de la C, Álvarez Rosa I, González Arocha BA, García Alpízar B, Morales Rosell L. Resultados de tratamiento estomatológico en niños con bruxismo. febrero de 2015;13(1):108-13.



31. Zaragoza JF. Bruxismo en la infancia, causas y orientación terapéutica. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. 2017;21(7):2.
32. Sandoval Ulloa H, Fariña Vélez MP. Prevalencia de Bruxismo del Sueño en Niños y su Relación con los Signos de Trastornos Temporomandibulares y las Parafunciones Diurnas. Int J Odontostomatol. abril de 2016;10(1):41-7.
33. Cortese SG, Biondi AM. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. Arch Argent Pediatr. 2009;107(2):135.
34. Bruxogard Suave [Internet]. Dentvar. 2019 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.dentvar.com/producto/bruxogard-suave/>
35. Cab Noh AI, Campechano Ledesma E, Flores May YG, López Ayuso CA, Zamora Chávez RO, Reyes y Zepeda A, et al. Dislalia asociada a hábitos orales. 2012;13(41):867.
36. Serna R, Cecilia C. Tratamiento de la onicofagia en niños. Revisión sistemática. Rev Odontopediatría Latinoam [Internet]. 2011 [citado 22 de marzo de 2021];1(1). Disponible en: <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/111>
37. Pinedo C. ¿Qué hay detrás de que un niño se muerda las uñas? El País [Internet]. 20 de octubre de 2017 [citado 29 de marzo de 2021]; Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/10/20/mamas_papas/1508482886_286524.html
38. Ferro MJ, Naccif A, Sotillo F, Velásquez L, Velez K. Aspectos psicológicos de la Onicofagia en los Estudiantes de 2do año de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela. 2010 [citado 23 de marzo de 2021]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-1/>
39. Grandío A. Onicofagia: ¿Qué es y cómo podemos dejar de destrozarnos los dedos? [Internet]. Carácter Urbano. 2018 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://caracterurbano.com/break/onicofagia-que-es>